

邢台市人民医院 2025 年自主引进工作人员报名表

报名岗位：专技（xx 科） 联系电话：_____

姓名		性别		政治面貌		照片	
出生年月		民族		籍贯			
身份证号：							
现有职业资格：		（何时取得何种类型职业资格）					
学历层次	起止年月		毕业院校		所学专业及学位		学习形式
高 中							
专 科							
本 科							
硕士研究生							
博士研究生							
医师规范化培训培 情况	起止年月		培训基地名称		规培专业		结业时间
工作简历	起止年月		单位名称（档案存放地）				单位性质
家庭成员	称谓	姓名		工作单位及职务（岗位）			
是否失信被执行人							
本人承诺：上述填写内容真实完整，本人所提供的相关资料真实、准确。如有虚假，本人愿意承担相应责任。本人清楚资格审审查贯穿本次自主引进全过程，在任何环节发现不符合条件的，将被取消资格，问题严重的将按照有关规定追究责任。 本人签字（手写）：_____ 年 月 日							